192
Lane Medical Library

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Otto Bäumler

aus Schkölen, Kr. Weißenfels

Referent: Prof. Dr. Stoeltzner, Halle a. d. S.

Druck von Fritz Hirschfelder, Naumburg a. S.
1923

Pachymeningitis haemorrhagica interna, mit besonderer Berücksichtigung des frühen Kindesalters.

Während vor Virchow, besonders von den Franzosen, die Pachymeningitis haemorrhagica interna als ein in Resorption begriffenes Haematom der Dura mater angesehen wurde, hält Virchow, und seine Ansicht wurde die herrschende, eine Entzündung der Dura mit Bildung von Pseudomembranen, aus deren zahlreichen neugebildeten Kapillaren später erst die Blutung erfolge, für den Beginn der Erkrankung. Daneben hörte man aber nicht auf, auch die durch Trauma enstandene subdurale Haemorrhagie als auslösende Ursache der Pachymeningitis h. i. anzunehmen. — Um diese pathogenetischen Fragen geht der Streit in der Literatur hin und her, ohne daß bisher eine allerseits anerkannte Entscheidung gefallen wäre. Etwas Licht in das verworrene Bild bringt die auf Grund pathologisch-anatomischer Untersuchungen erfolgte Dreiteilung von Jores und Laurent. Sie unterscheiden folgende Gruppen:

1. Subdurale Blutung das Primäre. Rein regressiver Organisationsprozeß mit fibröser Duraverdickung.
2. Vorwiegend nach Infektionskrankheiten.
3. Wucherung sehr gefäßreicher Membranen, als deren Ausgangspunkt die Kapillarschicht der Dura anzusehen ist. Serös-fibrinöse Ergüsse und Hämorrhagieen sind akzidentell.

Natürlich gibt es Uebergangsformen, die besonders Rößle in den Vordergrund rückt. — Für die dritte „idiopathische“ Form ist außer den angeführten histologischen Merkmalen noch die Lokalisation über beiden Großhirnhemisphären und in der vorderen und mittleren Schädelgrube charakteristisch.

Während nach älteren Statistiken die Pachymeningitis sich besonders bei Erwachsenen jenseits des 40. Lebensjahres am häufigsten findet, verlegen neuere Statistiken den Hauptprozentsatz der Erkrankungen in das frühe Kindesalter.

Klinisch hat man verschiedene Typen aufzustellen versucht. Am brauchbarsten erscheint mir die von Finkelstein geschaffene und von Rosenberg modifizierte Einteilung in drei Gruppen, nämlich in

1. eine latent und schleichend beginnende Form,
2. eine mit akuten Symptomen des Hirndrucks einhergehende Form,
3. eine foudroyant verlaufende Form.

In die 2. Gruppe etwa paßt der von mir beobachtete Fall, in dem es sich um ein 6 Monate altes Kind mit einem Gewicht von 4720 g handelte, das plötzlich mit Krämpfen erkrankte und unter der Diagnose Meningitis in die Klinik aufgenommen wurde. Erst durch die Lumbal- und Fontanellen-Punktion ergab sich die Diagnose Pachymeningitis haem. int.

Die kindliche Form der Pachymeningitis ist durch einen serösen Erguß gekennzeichnet, der oft so stark ist, daß es zu einem Hydrocephalus externus kommt. Der Erguß ist allen 3 Typen gemeinsam und macht die Charakteristika der kindlichen Pachymeningitis, nämlich die Vergrößerung des Schädels, die weite Öffnung und Vorwölbung der Fontanelle und mitunter ein Auseinanderweichen der Suturen aus; dadurch unterscheidet sich die Erkrankungsform bei Kindern von der bei Erwachsenen, die infolge Mangels dieser sinnfälligen Schädelveränderungen meist erst post mortem diagnostiziert wird.

Die klinischen Symptome stehen mit der Größe des Schädels in Zusammenhang, denn es sind, wie auch im vorliegenden Falle, vorwiegend Hirndruck- und Rindenreizungserscheinungen; diese werden aber um so geringer sein, je mehr der Schädel sich ausdehnen kann, — daher braucht auch die in meinem Falle fehlende Stauungspapille nicht Wunder zu nehmen, denn hier erfolgte eben eine Druckentlastung durch Diastase der Nähte — und um so stärker, je weniger er dem intracraniellen Druck sich anzupassen vermag. Plötzliche Schübe von Ergüssen steigern deshalb auch die Symptome. — Infolge des überwiegenden Einflusses des Schädelinnendrucks auf das Auftreten der klinischen Erscheinungen läßt sich auch ein sicherer Anhaltspunkt für den Beginn des Leidens kaum geben, da die Symptome eben erst dann auftreten, wenn der pathologisch-anatomische Prozeß bereits voll ausgebildet ist.

Diagnostisch wichtig ist die Beschaffenheit des Lumbal- und Fontanellenpunktates. Letzteres war bernsteingelb und zeigte Erythrocyten und Plasmazellen im Sediment. Die Färbung setzt sich wahrscheinlich zusammen aus der Farbe des Serums wie aus der des Haemoglobins bezw. dessen Abbauprodukten; es zeigte sich nämlich deutlich eine Abhängigkeit des Farbtones der Sedimentierflüssigkeit von dem Vorhandensein von Erythrocyten. Der Eiweißgehalt schwankte zwischen 6‰ und 10‰ (Esbach). Die Pandysche Reaktion war positiv bis zu einer Verdünnung von 1 : 15. Die Rivaltasche Probe war negativ. Das Fontanellenpunktat ist deshalb als Stauungstranssudat anzusehen. Das Lumbalpunktat war teils haemorrhagisch mit + Pandy, teils klar mit — Pandy. Eine befriedigende Erklärung für das Auftreten von haemorrhagischem Lumballiquor hat sich bisher noch nicht finden lassen.

Das Röntgenbild ließ einen Hydrocephalus externus erkennen.

Die Aitiologie der Pachymeningitis ist noch ganz unklar. Neben Alkohol und Trauma spielen toxämische und infektiöse Zustände in der Literatur eine große Rolle. Auch Ernährungsstörungen und Lues congenita hat man angeschuldigt. Rosenberg nimmt infolge Sitzes der Veränderungen im Gebiete der Vena meningea media eine Thrombose des Sinus cavernosus an und erklärt alle Erscheinungen als Folgen der Stauungen. In meinem Falle läßt sich kein sicherer aitiologischer Anhaltspunkt finden; insbesondere führt auch der mikroskopische pathologisch-anatomische Befund nicht weiter, da, wie in den meisten Fällen, auch hier das verdickte fibröse Gewebe vorliegt, das keine Anfangsstadien mehr erkennen läßt.

Therapeutisch werden Gelatine- und Kalkpräparate empfohlen. Auf Grund eigener Beobachtung kann ich die Entnahme kleiner Flüssigkeitsmengen durch die Punktion befürworten. Zu warnen ist vor Abnahme von größeren Mengen, da dabei die Gefahr einer neuen Blutung besteht.

Der gewöhnliche Ausgang der an und für sich nicht letalen Pachymeningitis haem. int. ist der Tod durch Sekundärinfektion, im vorliegenden casus infolge Hinzutretens von Masern und Bronchopneumonie. In den Fällen, in denen eine solche Infektion ausbleibt und die Pachymeningitis ausheilt, bleiben doch meist cerebrale Störungen zurück, sodaß der Ausgang quoad restitutionem ad integrum immer zweifelhaft ist.